

研究大綱擬稿

選定地方的醫療融資政策

1. 背景

1.1 在2005年11月14日的會議上，衛生事務委員會要求資料研究及圖書館服務部(研究部)就選定地方的醫療融資政策進行研究，以便事務委員會從香港的角度研究這問題。

2. 研究的範疇

2.1 擬議研究將探討選定已發展經濟體系的醫療融資政策。研究已發展經濟體系的原因，是該等體系的財富和健康風險模式，以及支付醫療服務費用的方式與香港的情況相近，特別是已發展經濟體系主要以預付方式支付醫療服務費用，即尚未使用醫療服務已預付款項，而非在實際使用服務時才付款。預付款項可透過稅收、供款或保費等形式收取。

2.2 幾乎所有已發展經濟體系都採用超過一種預付方式，以資助醫療服務。按照醫療服務開支總額中不同資金來源款項所佔的比例，可把已發展經濟體系的醫療融資制度大致分為下列4類 ——

- (a) 以稅收為本的融資安排:醫療開支總額中，資金主要來自一般政府開支；
- (b) 社會醫療保險:醫療開支總額中，資金主要來自僱員、自僱人士、僱主及政府的強制性供款；
- (c) 私人醫療保險:醫療開支總額中，資金主要來自僱主、團體、個人及家庭直接向保險公司繳交的保費；及
- (d) 醫療儲蓄戶口：醫療開支總額中，資金主要來自個人戶口的儲蓄，該筆存款只限用於醫療用途。

2.3 擬議研究將會詳細探討每個選定地方的醫療融資制度，藉以闡釋上述4類醫療融資制度，並會集中研究下列問題 ——

- (a) 醫療制度及醫療融資政策的總覽；
- (b) 制訂醫療融資制度的一般指導原則；

- (c) 從不同資金來源(例如稅收、保費及共同付款)徵收醫療服務供款的機制；有關各方(例如政府、僱主及個人)供款的比例；
- (d) 向醫療服務提供者撥付資金的機制，例如政府財政預算及明確的醫療服務組合費用；
- (e) 各項醫療計劃及事務(例如醫院及藥物)中醫療開支的分配，以及有關各方在各項醫療計劃和事務中的融資比例；及
- (f) 政策評估，例如有關醫療融資制度已取得的成效及須面對的挑戰。

3. 建議研究的地方

3.1 研究部建議研究澳洲、加拿大、新西蘭、新加坡及台灣的醫療融資政策。

3.2 雖然澳洲、加拿大及新西蘭均採用以稅收為本的融資制度，但每國的制度各具特色。澳洲政府收取《醫療保障計劃》徵款來補貼其他稅收的不足，以應付推行全民醫療制度的成本。此外，為鼓勵國民投購私人醫療保險，向私人醫療保險承保人繳付的保費獲澳洲政府提供退稅優惠。

3.3 選取加拿大進行研究，因為該國的公帑資助及自費醫療服務有清晰的區分。加拿大的住院及醫生服務幾乎百分百由公帑資助，但醫院以外的處方藥物及醫療器材，則大部分須自費購置。

3.4 新西蘭設有超過20個地區醫療委員會，每個委員會最多有11名委員。7名委員由區內選民選出，另外最多達4名委員由衛生部長委任。每個地區醫療委員會按政府的醫療政策，有策略地把政府撥予該區的資源用作購買醫療服務，以應付區內人士的需要。

3.5 新加坡是全球唯一全面推行以醫療儲蓄戶口為本的醫療融資制度的地方。新加坡政府的醫療融資哲學強調個人責任，因此，該國制訂的醫療融資制度以私人融資為主。在該制度下，私人融資的資金來自中央公積金計劃下的強制性“保健儲蓄”戶口、“保健雙全計劃”的保費，以及實付的款項。

3.6 台灣在1995年採用社會醫療保險制度。所有台灣人均須參加強制性的全民健康保險計劃。受保人、僱主及政府三方須為計劃供款，而受保人可享有醫療服務。自該計劃推行以來，政府已採取各種措施，解決計劃收支不平衡的問題，所採取的措施包括增加保費、提高共付款項，以及修訂向服務提供者的付款比例。

4. 建議完成日期

4.1 研究部建議在2006年3月/4月完成這項研究工作。